Contraception du post-partum

Diplôme universitaire Suivi gynécologique de prévention, sexualité, régulation des naissances

Sommaire

- Législation
- A savoir
- Physiologie du post partum
- Sexualité
- Quelques chiffres
- Méthodes contraceptives possibles
- Cas particuliers du post partum
- En pratique

Législation

- Évolution récente :
  - Arrêté du 23/02/2004 fixant la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire
  - Loi du 9/8/2004
  - Loi du 21/07/2009

A savoir

- 5% d' IVG dans le post partum (6 mois après une naissance)
- Pose la question du moment de l'information dispensée
  - J2/J3 ?
  - En SDC ?
  - Quel est le moment le plus adéquat ?

« La meilleure contraception est celle que l'on choisit »

Campagne INPES 2007

A savoir

- Préalablement : action de prévention et d'éducation
  - Évaluer l'efficacité, l'acceptabilité, la réversibilité,le coût
  - Post partum : période de faible réceptivité ++++
- Nécessité d'écouter la demande, d'informer et de susciter une réflexion dans 4 domaines
  - IST
  - Grossesses non désirées
  - Facteurs de risque
  - Effets secondaires et interactions possibles

Beaucoup d'incompréhensions …

- Indisponibilité maternelle
- Qualité de l'information
- Temps consacré
- Moment de la dispense
- …..
- ……*Chaque praticien doit y réfléchir*

Quelques pistes…

- Dès les consultations prénatales et en couple ? (ANAES 2004) ?
- En post natal ? Et quand ?

Le post partum

- Le post partum : période transitoire, spécifique à chaque accouchée
  - Dépend du mode d'allaitement
  - De la reprise ou non des rapports sexuels (fréquence diminuée)
  - De l'état psychologique des patientes
    - Souvent centrées sur le nouveau-né (problèmes d'observance)

Physiologie

- Biologie : les facteurs de coagulation diminuent et se normalisent en 3 semaines excepté le taux de fibrinogène qui se normalise en 1 à 2 mois.
- L'activité fibrinolytique se normalise en 15 jours

⇨ L'équilibre entre les 2 se traduit par une tendance à l'hypercoagulabilité pendant 3 semaines (risque thromboembolique notoire)

- Métabolisme glucido lipidique normal en 2 à 3 mois

Physiologie

En l'absence d'allaitement maternel:

- Chute du taux d'oestrogènes après la délivrance ⇒ production de FSH entre J10 et J14

↻ Folliculogénèse

⇩

Pic de LH vers J24+/- ovulation

Physiologie

En l'absence d'allaitement maternel :

- L'ovaire n'est logiquement pas fonctionnel avant le 25ème jour du post partum (plutôt J35/J40)
- 1% d'ovulation entre J25 et J35 (et plutôt avec bromocriptine)

Physiologie

En cas d'allaitement maternel :

- Chute des oestrogènes et da la progestérone stimule la sécrétion de prolactine
- La prolactine est ↗ pendant 2 semaines puis diminue à partir de J10 J15.
- La sécrétion devient ensuite pulsatile jusqu'à 3 mois
- L'hyperprolactinémie désynchronise la sécrétion pulsatile de GnRH, ce qui entraîne des perturbation la sécrétion de FSH et LH ce qui bloque la fonction ovarienne (aménorrhée et anovulation)

Physiologie

- L'endomètre cicatrise et est régénéré dans un délai situé entre 15 et 45 jours lorsque l'allaitement est artificiel (récupération utérine 2 à 3 mois si césarienne)
- Atrophie vaginale jusqu'à J15 minimum (réceptif aux hormones ensuite)
- Récupération périnéale 2 mois si AVB

Sexualité et post partum

Sexualité

- Dépend des modalités d'accouchement et du vécu du couple
- Présence du bébé et allaitement modifie aussi le désir sexuel
- Intérêt pour la sexualité amoindri (image du corps, variation de l'humeur, modifications cognitives, biorythme maternel transformé…)
- Sécheresse vaginale fréquente en cas d'aménorrhée prolongée
- Reprise de l'activité sexuelle :
  - 1 mois : 62%
  - 2 mois : 62%
  - 3 mois : 81%
  - 6 mois : 89 %

Quelques chiffres

- 40 % des ovulations surviennent dans les 6 semaines en cas d'allaitement artificiel
- 1 à 5% des ovulations ont lieu avant 6 mois en cas d'allaitement maternel.
- Le risque de grossesse est < 2% dans les 6 mois qui suivent l'accouchement chez les femmes qui allaitent complètement (consensus de Bellagio de 1988 et 1995)

Les méthodes contraceptives : en cas d'allaitement maternel

- La contraception locale
- La méthode MAMA
- La contraception orale : microprogestative et OP ?
- Le stérilet : DIU ou SIU
- L'implant

Les méthodes contraceptives : en cas d'allaitement artificiel

- La contraception locale
- La contraception orale : microprogestative ou microdosée en EE
- Le stérilet : DIU ou SIU
- L'implant

La contraception locale

- Préservatifs masculins et féminins (efficacité moindre, maniement intra vaginal moins aisé pour le préservatif féminin en PP)
- Spermicides possibles dès J21 (nonoxinol C/I pendant l'allaitement) : chlorure de benzalkonium ou de miristalkonium
- Diaphragme et cape à partir de J25, dès la reprise des rapports (césarienne), après 2 mois si AVB
- Pour des couples très au clair sur les corps et la contraception

MAMA

- Méthode stigmatisée
- OMS 1990
- Si très rigoureuse…
- Allaitement exclusif , à la demande (plus de 6 longues tétées ou 10 courtes, pas + de 6 h entre 2 tétées, jour et nuit)
- L'aménorrhée doit persister…
- + préservatifs ?

MAMA

- Pourtant….
- Cochrane database revue 2003 (Van der Wijden C, KLEIJNEN J, Van den Berk T):
  - Pas de différence significative en terme de taux de grossesse entre l'utilisation de la méthode LAM et patientes pratiquant un allaitement complet,en aménorrhée et n'utilisant aucune méthode contraceptive
  - A 6 mois, selon les études : 0.45 à 2.45% de grossesses ou 0 à 7.5% de grossesses

Les microprogestatifs

- Possible dès J3 (reco ANAES 2004/OMS 6 semaines)
- Innocuité sur risque thromboembolique et lactation
- Pas de modifications de la qualité ni de la quantité du lait maternel
- Spottings augmentés si reprise dans les 3 premières semaines du PP
- Cérazette® +++ (action antigonadotrope en plus)

Les microprogestatifs

- Implant possible dès J3 /OMS 6 semaines

Oestroprogestatifs

- Patch/pilule dès J21, mais <30µg EE avec un progestatif de 1ère ou 2ème génération

Rappel :

- Progestatif de 3ème génération : ↗ du risque thromboembolique veineux (RR X 3 à 4)

- Anneau > J21 si césarienne ou > 2 mois si AVB (tonicité périnéale), quelquefois après rééducation périnéale

Oestroprogestatifs

- Diminution de la quantité de lait si dosage EE>35µg (Méta analyse de Truitt and al 2003)
- Passage dans le lait inférieur à 1%, voire 0.5%
- Dans tous les cas, EE après 21 jours, et proposer prise vespérale après la dernière tétée
- Recommandations AGOC et WHO après 6 semaines si allaitement

DIU/ SIU

- Dans les 48h après un AVB (peu pratiqué en France)
- Pose > 2 mois si AVB (6 semaines)
- Pose > 3 mois si césarienne (pas de preuve scientifique, possible en peropératoire)
- En pratique, après le délai d'au moins 4 semaines

Progestatifs injectables

- Dépoprovéra® : 150 mg d'acétate de dépomédroxyprogestérone (à renouveler tous les 3 mois)
- Injection douloureuse, tolérance cyclique médiocre (aménorrhées, spotting, métrorragies)
- Action antigonadotrope puissante (freine la sécrétion ovarienne d'oestradiol d'où carence oestrogénique)
- Risque thromboembolique
- A éviter +++ en PP

Et toujours….

- La roue de secours !!!!

(même en cas d'allaitement)

Cas particuliers du post partum

- Diabète gestationnel
- Pathologies vasculoplacentaires
- TVP (pendant la grossesse et le PP)
- Hépatopathies gravidiques
- Chorioamniotite et endométrites

Diabète gestationnel

- En PP immédiat, toute méthode utilisable sauf oestroprogestatifs et dépoprovera® (activité glucocorticoide)
- Après 6 semaines (VPN), à revoir en fonction des FDR (cours de V. Kerlan)
- Après HGPOP (3 à 6 mois PP), revoir en fonction de la découverte d'un éventuel diabète
  - Si HGPO normale : EE < 35µg (glycémie à jeûn si reprise à distance, ANAES)
  - Si HGPO anormale, CAT//diabète

Pathologies vasculoplacentaires

- Recherche étiologique nécessaire 2 mois après l'accouchement (recherche d'une thrombophilie congénitale ou acquise)
  - Thrombophilie avérée : C/I absolue aux EE
- En attendant, contraception mécanique non hormonale ou contraception hormonale progestative

TVP (pendant la grossesse et le PP)

- C/I absolue et définitive aux OP
- Méthode locale
- DIU cuivre
- Progestatifs possibles, 3 mois après accident thromboembolique

Hépatopathies gravidiques

- C/I de toute méthode hormonale en post partum immédiat
- A la visite post natale, si bilan hépatique normalisé : EE à faible dose possible
- SHAG, avis hépatologue avant

Chorioamniotites et endométrites

- C/I absolue au DIU et SIU pendant 3 mois après l'accouchement, ou 3 mois après la fin du ttt antibiotique si endométrite
- Anneau déconseillé en PPI

Modalités de prescription

- A vous ….

En pratique

- Mme A, 37 ans.1m60, 81Kg, fume « un peu moins d'1 paquet/jour »
- Allaitement artificiel
- Souhaite reprendre sa « pilule d'avant » (oestroprogestatif à 35µ)

En pratique

- Mme B,
- 27 ans, allaite son enfant
- Souhaite une pilule mais a peur de l'oublier
- IMC =21, tabac -

Bibliographie

- ANAES Décembre 2004 Paris. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique.
- Nouvelle capacité professionnelle des sages-femmes suite à la parution de la loi du 9 août 2004. APHP. 2005
- Choisir sa contraception, brochure INPES 2007
- CNOSF. Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie. Mars 2007
- Contraception par progestatif faiblement dosé en continu. Revue Prescrire, mars 2004, tome 24, n° 248, 196-206.
- FANELLO et all. L a contraception du post-partum : les recommandations médicales, le point de vue des femmes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction. N° 36; Elsevier Masson. Juin 2007
- GALLO MF, GRIMES DA, SCHULZ KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Review. 2003
- GAUDU S. Rappels relatifs à la contraception hormonale et nouveautés en matière de contraception féminine. APHP. Mai 2005
- GOMEZ, C. La contraception : quel rôle pour la sage-femme ? Incidences des nouvelles dispositions légales. La revue de la sage-femme. Juin 2007. Ed Masson
- KAPP, CURTIS, NANDA. Proggestogen-only contraceptive use among breastfeeding women : a systematic review. Contraception . ELSEVIER. 82 (2010).17-37
- ROBIN G et al. La contraception du post partum : état des connaissances. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 36 (2008) 603-615
- SARFATI D. . La contraception. Masson, Paris 2007
- VAN DER WIDEN C and AL. Lactational amenorrhea for family planning. Cochrane DATABASE sys reV. 2003. 54° / cd001329
- WINKLER,M. Contraception, mode d'emploi.. Edition 2003.Au diable vauvert.

Sites :

- www.choisirsacontraception.fr
- www.gyneweb.fr